

6 433例精神科急诊患者人口及疾病学资料的调查分析

李京渊 潘轶竹 马征 朱辉 李广泽 及晓 李小强 王威 尹利 陈媛

【摘要】目的 对精神科急诊就诊非取药患者的人口学资料和疾病学资料进行调查。**方法** 选取2015年1月23日~2016年1月31日在北京安定医院急诊就诊的6 433例非取药患者,按照攻击风险评估表及自杀危险因素评估表评分分为攻击组、自杀组、攻击自杀组、非攻击非自杀组,并对患者的人口学资料和疾病学资料进行统计分析。**结果** 人口学资料显示女性:男性(3 628/2 805),居住在北京、汉族、年龄在21~30岁的患者占多数;疾病学资料显示起病无诱因、性格内向、无家族史的患者占多数。攻击组和非攻击非自杀组进行比较,性别、居住地、有无伴侣、父母关系、是否在职、有无诱因、性格、家族史方面差异有统计学意义(χ^2 分别为18.513, 9.46, 17.40, 27.21, 11.078, 8.402, 11.059, 9.129; $P < 0.01$);自杀组和非攻击非自杀组进行比较,性别、父母关系、有无诱因、性格、家族史、躯体疾病方面差异有统计学意义(χ^2 分别为15.894, 6.594, 67.309, 4.309, 5.715, 32.779; $P < 0.05$)。诊断躁狂状态的患者更容易出现攻击行为,诊断焦虑抑郁状态的患者更容易出现自杀行为($P < 0.01$)。**结论** 精神科急诊就诊患者中女性多于男性;就诊年龄以21~30岁居多,居住地在北京、无伴侣、父母关系不好、目前在职、发病有诱因、性格外向、精神疾病家族史阳性、诊断躁狂状态的男性多出现攻击行为;而父母关系不好、性格内向,有起病诱因、家族史阳性、有躯体疾病、诊断为焦虑抑郁状态的女性患者多出现自杀行为。

【关键词】 攻击; 自杀; 精神科; 急诊; 流行病学调查

doi: 10.3969/j.issn.1009-6574.2017.04.001

Investigation of demographic and disease data of 6 433 patients in psychiatric emergency LI Jing-yuan, PAN Yi-zhu, MA Zheng, et al. Department of Emergency, Beijing Anding Hospital, Beijing 100088, China

【Abstract】Objective To investigate the demographic and disease data of patients in psychiatric emergency who were not taking medicine. **Methods** Totals of 6 433 cases of non-medication patients who were treated in department of emergency, Beijing Anding Hospital were included. According to the attack risk rating scale and the suicide risk factor rating scale, all patients were divided into attack group, suicide group, attack-suicide group and non-attack-non-suicide group. The demographic and disease data of each group were analyzed. **Results** According to the demographic data, ratio of female to male was 3 628 to 2 805. Most patients were living in Beijing, Han nationality, between 21-30 years old. Based on disease data, most patients were with no inducement, introverted and with no family history. There were significant differences in gender ($\chi^2=18.513$), residence ($\chi^2=9.46$), partner ($\chi^2=17.40$), relationship between parents ($\chi^2=27.21$), job ($\chi^2=11.078$), inducement ($\chi^2=8.402$), character ($\chi^2=11.059$) and family history ($\chi^2=9.129$) between attack group and non-attack-non-suicide group ($P < 0.01$). There were significant differences in gender ($\chi^2=15.894$), relationship between parents ($\chi^2=6.594$), inducement ($\chi^2=67.309$), character ($\chi^2=4.309$), family history ($\chi^2=5.719$) and physical disease ($\chi^2=32.779$) between suicide group and non-attack-non-suicide group ($P < 0.05$). Patients diagnosed with manic state were easier to show aggressive behaviour, while patients diagnosed with anxiety and depression were easier to have suicidal behavior ($P < 0.01$). **Conclusions** Most patients in psychiatric emergency department are women, aged 21-30 years old. Male patients who are living in Beijing, without partner, with bad relationship between parents, on duty, with inducement, extrovert, with family history of mental diseases and diagnosed with manic state are more likely to show aggressive behaviour. However female patients who are with bad relationship between parents, introvert, with inducement, with family history, with physical disease and diagnosed with anxiety and depression are more likely to have suicidal behavior.

【Key words】 Aggression; Suicide; Psychiatry department; Emergency; Epidemiological investigation

基金项目:2014年首都卫生发展科研专项-青年项目(首发2014-4-2125)

作者单位:100088 首都医科大学附属北京安定医院急诊科

通讯作者:潘轶竹 Email:takeko@139.com

精神疾病是一组以情感、认知、行为等多方面异常改变,使患者产生痛苦体验和社会功能严重受损的疾病,无论在急性期、巩固期或康复期,患者都有可能因症状的波动或难以忍受痛苦而出现攻击和自杀行为,出现上述行为的患者将会对自身和周围其他人产生严重的影响,甚至扰乱公共秩序,危害公共安全。因此精神科急症问题不仅仅是一个医疗问题,更是突出的社会安全问题。据文献报道,有1/3的精神病患者在治疗前即发生攻击行为^[1]。而自杀行为更是全世界关心的话题,据报道全世界中有30%的自杀发生在中国,而其中有70%的自杀者是精神病患者^[2],无论在发达国家还是在发展中国家,精神障碍都是自杀、自伤的危险因素^[3-4]。许多研究证实,一些慢性躯体疾病、精神疾患是促进自杀的首位因素,尤其是精神分裂症、抑郁症等^[5-6]。因此,了解精神科急诊就诊患者的情况,对于制定精神科急症的防治措施将起到至关重要的作用。

本研究把北京安定医院急诊就诊患者按照其就诊目的分为取药患者(由于工作繁忙或错过门诊时间来医院挂急诊只为取药,而无需对疾病的病情进行评估、诊断和治疗)、非取药患者(指除取药患者的其他所有患者,包括首次就诊看病及症状波动复诊就诊等),并对非取药患者的人口学和疾病学资料进行调查并分析。

1 对象与方法

1.1 研究对象 选取2015年1月23日~2016年1月31日在我院急诊科就诊的非取药患者。北京安定医院月急诊量800余人次,前期调查发现大约23%的患者为取药患者^[7]。近几年,急诊就诊患者有增多趋势,同时由于医保政策的实行,取药患者比例也有所增加,达到35%左右,本研究调查时间段急诊就诊患者10 000余人次,故非取药患者约6 500余例。急诊科运行白天3人夜间2人的值班模式,24 h接诊30例左右的急诊患者,对于资料的采集在人力上充足,大约100例左右未访谈到的原因多是患者或家属未签署知情同意,但由于比例较小,故不影响整体数据的结果。

1.2 方法 本研究为横断面调查研究,即对每一例在精神科急诊就诊、符合入组标准并签署知情同意的病例进行即时的资料采集及量表评估,后续不涉及随访、不对患者进行有创的检查及治疗,对患者的诊断治疗方案不进行干预,已通过伦理委员会的审核。

所有研究者在研究开始之前都进行了评估工具的培训及一致性检验。研究工具见下。

1.2.1 一般情况调查表 为课题组自编的采集患者人口学和疾病学资料的问卷,人口学资料包括户口

所在地、目前居住地、年龄、性别、民族、婚姻、平常和谁同住、接受正规教育时间、职业、家庭月收入水平、家庭成员情况,疾病学资料包括诱因、病前性格、精神疾病家族史、首次发病年龄、就诊时临床诊断、躯体疾病。

1.2.2 攻击风险评估表 北京市精神科医疗机构对于暴力攻击行为的临床评估大多使用攻击风险评估表,该工具是多年前由老一辈精神疾病专家编制的评估工具,在精神科临床使用多年,由于使用起来十分方便快捷,2010年北京市医保目录更新时,由精神科专家们共同商榷,将其纳入医保报销范围,目前普遍应用于精神科临床。攻击风险评估表分为IV级评定标准:I级,有下列情况之一者,若为男性则有两项者:男性;精神分裂症,伴有幻听或被害妄想;躁狂;酒药依赖的脱瘾期;意识障碍伴行为紊乱;痴呆伴行为紊乱;既往人格不良者(有冲动、边缘型人格障碍);II级,被动的言语攻击行为,表现为激惹性增高,如无对象的抱怨、发牢骚、说怪话,交谈时态度不好、抵触、有敌意或不信任,或精神分裂症有命令性幻听者;III级,主动的言语攻击行为,如有对象的辱骂,或被动的躯体攻击行为如毁物,或在交往时出现社交粗暴(交谈时突然离去、躲避、推挡他人善意的躯体接触),既往曾有过主动地躯体攻击行为;IV级,有主动的躯体攻击行为,如踢、打、咬或使用物品打击他人,攻击行为在一天内至少出现两次以上或攻击行为造成了他人肉体上的伤害。攻击风险评估表除了上述四级的评定分类外,还设立了病情变化的四级标准:与上一次评估相比:a加重;b未变化;c减轻;d未评。评定时按照日期给患者评出“等级/病情变化”的评分,如患者第一天就诊评为IV/d,第三天随着治疗后病情好转评为II/c,若病情无变化则评为IV/b。

1.2.3 自杀危险因素评估表^[8] 自杀危险评估量表是由北京安定医院、北大六院和北京回龙观医院的多位心理学专家共同编写完成的,已经应用于临床多年,能够准确客观的鉴别出患者自杀的危险程度。量表分3类危险因素:一类危险因素包括自杀观念、自杀企图、自我评价、自杀方式、无望、无助、酒(药)滥用,总分28分;二类危险因素包括年龄、性别、婚姻状况、职业状况、健康状况,总分8分;三类危险因素包括人际关系、家庭支持、人际交往、自知力、性格特点、事业成就、应激事件,总分7分。总体评价:31~43分为极度危险;21~30分为很危险;11~20分为危险;≤10分为较安全。

两个评估工具虽未经过信效度的研究且尚未见到相应的文献报道,但由于使用方法简单快捷,结

果清晰明确,目前广泛应用于精神科临床。本研究依据攻击风险评估表(\geq III级:攻击组, \leq II级:非攻击组)及自杀危险因素评估表(\geq 21分:自杀组, \leq 20分:非自杀组)将患者分为4组:攻击组(攻击 \geq III级,自杀 \leq 20分)、自杀组(攻击 \leq II级,自杀 \geq 21分)、攻击自杀组(攻击 \geq III级,自杀 \geq 21分)、非攻击非自杀组(攻击 \leq II级,自杀 \leq 20分),并将非攻击非自杀组之外的3组患者(攻击、自杀、既攻击又自杀)定义为急症组。

1.3 统计学方法 原始资料采用双人双份Epi Data录入数据库及校准,数据导出采用SPSS 17.0软件进行统计学分析。计数资料采用率、均数、中位数进行描述,两组或多组之间差异的比较采用 χ^2 检验或*t*检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。在疾病诊断对是否存在攻击和自杀行为的影响分析时采用 χ^2 分割法进行检验,检验值 $P' < P/10(0.005)$ 说明对比组之间的差异有统计学意义。

2 结果

2.1 分组情况 总共纳入患者6 433例,其中攻击组1 619例(25.17%),自杀组446例(6.93%),攻击自杀组82例(1.27%),非攻击非自杀组4 286例(66.63%)。

2.2 人口学资料 见表1。对来诊患者的户口所在地、目前居住地、性别、民族、婚姻等人口学资料按照分组来进行描述,发现来诊患者中女性占多数(女:男=3 628:2 805)。各组患者的户口所在地以北京城市居多,目前居住地以北京城八区、民族为汉族的居多。在婚姻方面,有伴侣的所占比例更大。在年龄方面,每10岁为一个年龄段进行划分,发现21~30岁所占的比例最高(1 807例,28.09%)。其中攻击组464例(28.65%)、自杀组109例(24.43%)、攻击自杀组29例(35.36%)、非攻击非自杀组1 205例(28.11%)。

攻击组的受教育年限为0~21年,平均(11.11 \pm 3.84)年;自杀组为0~20年,平均(11.74 \pm 4.04)年;攻击自杀组为0~19年,平均(11.44 \pm 4.08)年;非攻击非自杀组为0~26年,平均(11.67 \pm 3.87)年。在患者工作情况调查中我们发现,各组患者中有工作的占多数,但是其中有一部分处在休学或休假的状态。而在家庭关系中我们可以看到父母、兄弟姐妹关系好的占多数。

2.3 疾病学资料 在疾病学方面按照发病有无诱因、病前性格、家族史、有无躯体疾病、发病年龄以及就诊时诊断来进行调查,结果见表1,发现发病无诱因的占多数,但是各组之间所占的比例也不一样。病前性格方面性格内向、胆小怕事的占多数。家族史阴性的占多数,既往身体健康的人占多数。首次

发病年龄:攻击组为0~96岁(某些患者是由于先天性的疾病导致的精神障碍,因此定义为首次发病年龄为0岁),平均(31.97 \pm 15.27)岁;自杀组为7~94岁,平均(35.55 \pm 16.29)岁;攻击自杀组为1~92岁,平均(32.90 \pm 16.16)岁;非攻击非自杀组为0~99岁,平均(33.65 \pm 14.91)岁。

4组患者诊断情况见表2。对数据进行统计分析,结果发现,诊断幻觉妄想状态的患者比诊断焦虑抑郁状态($\chi^2=512.617, P < 0.001$)、缄默木僵状态($\chi^2=38.509, P < 0.001$)的患者更容易出现攻击行为;诊断躁狂状态的患者比幻觉妄想状态的患者更容易出现攻击行为(χ^2 分别为205.056, 1 175.057, 165.809, 106.537; $P < 0.001$)。诊断焦虑抑郁状态的患者比幻觉妄想状态、缄默木僵状态、躁狂状态、其他诊断的患者更容易出现自杀行为(χ^2 分别为134.357, 19.857, 73.654, 39.454; $P < 0.001$)。

3 讨论

精神科疾病是一种很特殊的疾病,患者的思维、行为、言语会受到精神症状的支配,做出意想不到的事情,而患者本人往往缺乏对疾病的认识能力,很少会主动到医院就诊。尤其是在精神科急症的情况下,这种情况会更加严重。在精神科急症的时候,患者往往会出现冲动攻击或者自伤自杀的情况,不但会对患者本身的生命造成危险,而且也会危害社会公共秩序,往往造成严重的后果。所以深刻全面的了解精神科急症的发病相关因素就成了我们现在刻不容缓的事情。本研究通过对6 433例精神科急诊就诊患者人口学和疾病学资料的调查来分析北京安定医院急诊非取药患者的流行病学情况。分别从攻击组、自杀组、攻击自杀组和非攻击非自杀组来进行统计分析。本研究发现,急诊患者中女性占多数,与房聪霞和谢曙光^[9]认为的精神科初诊患者在性别上是女性多于男性是一致的,有可能与女性易受到应激事件的影响,愿意表达出负性的情绪有关。本研究发现的21~30岁年龄段就诊的患者在各个组中所占的比例都是最高的,有可能与在这个年龄段的患者无论在学习还是工作生活中,都会承受很大的压力有关^[10]。曾有文献报道低于35周岁的男性患者更容易出现攻击行为^[10-11],与本研究发现的攻击组中男性患者的发病率更高是一致的。而自杀组患者当中,女性的发病率更高,与国内其他研究结果一致^[12]。大量国外研究发现^[13-15],年轻、未婚、男性的精神类疾病患者攻击性行为的发生率明显增高,可能与患者年龄小情绪控制不良有关。本研究显示女性更易出现自杀行为,但国外文献曾经报道老年男性自杀率较高^[16],也是值得关注的人群。这提示我们在自杀预防的工

表1 4组患者一般临床资料的比较(例, %)

相关因素	攻击组(n=1 619)	自杀组(n=446)	攻击自杀组(n=82)	非攻击非自杀组(n=4 286)	χ^2_1 值	χ^2_2 值	χ^2_3 值
性别							
男	793(48.98)	147(32.95)	33(40.24)	1 832(42.74)			
女	826(51.01)	299(67.07)	49(59.75)	2 454(57.25)	41.250*	18.513*	15.894*
户口							
北京	942(58.17)	291(65.24)	56(68.29)	2 631(61.42)			
外埠	677(41.84)	155(34.76)	26(31.76)	1 652(38.57)	10.934*	-	-
居住地							
北京	1 128(69.67)	336(75.34)	67(81.71)	3 157(73.67)			
外埠	491(30.33)	110(24.66)	15(18.29)	1 128(26.33)	14.395*	9.460*	-
有无伴侣							
有	766(47.31)	235(52.69)	31(37.80)	2 292(53.49)			
无	853(52.69)	211(47.31)	51(62.20)	1 991(46.51)	24.393*	17.400*	-
父母关系							
好	1 295(79.99)	362(81.17)	68(82.93)	3 672(85.67)			
不好	321(19.83)	84(18.74)	14(17.07)	613(14.30)	29.747*	27.210*	6.594*
是否在职							
是	903(55.78)	224(50.22)	48(58.54)	1 801(42.02)			
否	716(44.22)	222(49.78)	34(41.46)	2 484(57.95)	97.587*	11.078*	-
诱因							
有	310(19.15)	179(40.13)	36(43.90)	970(22.63)			
无	1 309(80.85)	267(59.87)	46(56.10)	3 316(77.37)	107.070*	8.402*	67.309*
性格							
内向	1 036(63.99)	327(73.32)	59(71.95)	2 937(68.53)			
外向	583(36.01)	119(26.68)	23(28.05)	1 348(31.45)	18.700*	11.059*	4.309*
家族史							
阴性	1 433(88.51)	391(87.67)	67(81.70)	3 904(91.09)			
阳性	186(11.09)	55(12.33)	15(18.30)	381(8.89)	18.892*	9.129*	5.715*
躯体疾病							
有	363(22.42)	147(32.96)	17(20.73)	905(21.12)			
无	1 256(77.58)	299(67.04)	65(79.27)	3 381(78.88)	32.886*	-	32.779*

注:个别项目资料有缺失; χ^2_1 值为4组间比较, χ^2_2 值为攻击组与非攻击非自杀组比较, χ^2_3 值为自杀组与非攻击非自杀组比较, # $P < 0.05$, * $P < 0.01$

表2 4组患者的诊断情况(例, %)

诊断	攻击组(n=1 619)	自杀组(n=446)	攻击自杀组(n=82)	非攻击非自杀组(n=4 286)
幻觉妄想状态	601(37.12)	43(9.64)	21(25.61)	1 265(29.51)
焦虑抑郁状态	84(5.19)	363(81.39)	43(52.44)	1 894(44.19)
缄默木僵状态	29(1.79)	10(2.24)	4(4.88)	204(4.76)
躁狂状态	681(42.06)	7(1.57)	6(7.32)	480(11.20)
其他	224(13.84)	23(5.16)	8(9.76)	443(10.34)

作中要关注女性和中老年男性的心理健康。

研究结果提示居住在北京的患者易出现攻击行为,考虑原因是当出现攻击行为,家属会采取就近就诊的原则,因此外省市的患者很难到安定医院就诊,因此出现上述结果。在所调查的患者中无业患者所占比例高,说明精神病患者社会功能缺陷明显^[17],社会以及家庭的负担重。但是从攻击组、自杀组和攻击自杀组我们可以看到,在职在读的患者比例要高于无业的患者,和非攻击非自杀组的患者情况相

反,可能是在职在读的患者工作学习压力大,易遇到应激事件,出现精神科急症的情况。工作、家庭和社会的支持对精神疾病急症的发病有着至关重要的作用^[18],本研究可见父母关系不好的患者出现精神科急症多,与之前的研究结果相同。

从疾病学资料我们发现,起病诱因对患者出现精神科急症有明显的影 响,说明有自杀行为的患者或有攻击行为的患者多与应激事件相关^[19]。性格外向、家族史阳性的患者出现攻击行为的多;而性

格内向、家族史阳性、有躯体疾病的患者出现自杀行为的多。精神障碍和躯体疾病可以共存,躯体疾病可以出现精神症状,更可以促发精神症状^[20]。曾有文献报道精神科急诊中以躯体疾病并发症占首位(50.8%),其次为精神症状(32.67%),第3位是抗精神病药物不良反应(16.51%)^[21],但有时候躯体疾病并发症和精神症状很难鉴别,特别是在夜间急诊缺少相应的实验室检查的时候,所以精神科急诊医生要提高医疗综合素质,全面的体格检查和必要的实验室检查^[22]。曾有文献报道内向的性格容易让患者出现潜在的应激障碍^[23],而本研究也发现患者的病前性格以内向固执为主。在诊断方面,攻击组中躁狂发作和幻觉妄想状态与其他诊断相比对比组之间的差异有统计学意义,与国内的文献^[11]符合。有大量国内外的文献报道^[3, 6, 12, 24]自杀的患者中绝大部分是抑郁焦虑状态,自杀组的情况也基本吻合,焦虑抑郁状态与其他诊断相比对比组之间的差异有统计学意义。曾有文献指出^[18, 25-26],社会支持水平低、家庭月收入低、年龄大等负性生活事件均对心理健康有负面影响,可能增加抑郁症状的发生风险。社会工作节奏的加快与生活压力的与日俱增,对人们心理方面的影响越来越大,出现焦虑抑郁情绪的患者在就诊患者中所占的比例也就会越来越大。

精神疾病是一类对人们心理和身体都会产生严重危害的疾病,不光是对患者本身,对家庭乃至整个社会都会带来影响。本文通过对北京安定医院急诊非取药患者的人口学和疾病学资料的调查研究,来反映出北京安定医院急诊就诊患者的一般特点。不足之处在于,因为我院处在北京市中心,所以来诊患者大多是本市患者和周边附近的省市地区的患者,且民族多为汉族,仅能反映出北京及周边地区的大致特点,而不能反映出整个人群的特点。在今后的工作当中,应加强其他少数民族和非北京地区的患者的资料收集,这样才能更全面的了解精神科急诊就诊患者的流行病学特点,做到早发现、早诊断、早治疗,更好地为患者提供服务和帮助。

参 考 文 献

[1] Large MM, Nielssen O. Violence in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis[J]. Schizophr Res, 2011, 125(2/3): 209-220.
 [2] 侯璟琳,秦晓霞,李海燕,等.综合医院自杀未遂者精神障碍和自杀意念强度特征[J].中国神经精神疾病杂志, 2010, 36(6): 359-363.
 [3] Nock MK, Borges G, Bromet EJ, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts[J]. Br J Psychiatry, 2008, 192(2): 98-105.
 [4] Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys[J]. PLoS

Med, 2009, 6(8): e1 000 123.
 [5] 初永华,邵建波,丁树刚.青少年自杀行为的原因分析及危机干预措施[J].职业与健康, 2008, 24(21): 2 309-2 311.
 [6] 尹慧芳,徐广明.与自杀行为相关的神经认知因素研究进展[J].神经疾病与精神卫生, 2017, 17(1): 56-59.
 [7] 潘轶竹,马征,朱辉.精神科978例急诊就诊患者临床调查[C].中华医学会第十次全国精神医学学术会议论文汇编, 2012.
 [8] Lynch MA, Howard PB, El-Mallakh P, et al. Assessment and management of hospitalized suicidal patients[J]. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv, 2008, 46(7): 45-52.
 [9] 房晓侠,谢曙光.不同时期精神科门诊初诊量的特征分析[J].浙江医学, 2007, 29(9): 995-996.
 [10] 潘轶竹,郑毅,马征,等.精神科急诊留院观察患者2148例临床分析[J].精神医学杂志, 2012, 25(1): 33-35.
 [11] 王威,潘轶竹,马征,等.精神科急诊患者攻击行为危险因素的初步研究[J].精神医学杂志, 2016, 29(3): 170-173.
 [12] 李广泽,潘轶竹,马征,等.精神科急诊患者自杀自伤行为相关因素的调查分析[J].临床精神医学杂志, 2016, 26(3): 165-167.
 [13] Abderhalden C, Needham I, Dassen T, et al. Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland[J]. Clin Pract Epidemiol Ment Health, 2007, 3: 30.
 [14] Johnson KL, Desmarais SL, Van Dorn RA, et al. A typology of community violence perpetration and victimization among adults with mental illnesses[J]. J Interpers Violence, 2015, 30(3): 522-540.
 [15] Chang WC, Tang JY, Hui CL, et al. Gender differences in patients presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a three-year follow up study[J]. Aust N Z J Psychiatry, 2011, 45(3): 199-205.
 [16] Almeida OP, McCaul K, Hankey GJ, et al. Suicide in older men: The health in men cohort study (HIMS)[J]. Prev Med, 2016, 93: 33-38.
 [17] 李拴荣,王剑英,孙素珍.精神病患者社会功能缺陷及社区服务需求调查[J].中国实用神经疾病杂志, 2014, 17(24): 46-47.
 [18] 韩莎莎.城市职业人群抑郁与社会支持状况及影响因素研究[D].杭州:浙江大学, 2014.
 [19] 陈武朝.急诊室自杀未遂就诊患者自杀行为相关特征及危险因素研究[D].长沙:中南大学, 2014.
 [20] 刘协和,杨权.精神科急诊医学[M].长沙:湖南科学技术出版社, 1998: 20.
 [21] 刘锋先,王祖承,徐鹤定.住院精神病患者夜间急诊440例临床资料分析[J].临床精神医学杂志, 1995, 5(4): 216-219.
 [22] 陈平.住院精神病患者夜间急诊30例临床分析[J].中国民康医学, 2008, 20(18): 2 114.
 [23] Chapman BP, Shah M, Friedman B, et al. Personality traits predict emergency department utilization over 3 years in older patients[J]. Am J Geriatr Psychiatry, 2009, 17(6): 526-535.
 [24] King CA, Hill RM, Wynne HA, et al. Adolescent suicide risk screening: the effect of communication about type of follow-up on adolescents' screening responses[J]. J Clin Child Adolesc Psychol, 2012, 41(4): 508-515.
 [25] Phillips AC, Carroll D, Der G. Negative life events and symptoms of depression and anxiety: stress causation and/or stress generation[J]. Anxiety Stress Coping, 2015, 28(4): 357-371.
 [26] Gau J M, Stice E, Rohde P, et al. Negative life events and substance use moderate cognitive behavioral adolescent depression prevention intervention[J]. Cogn Behav Ther, 2012, 41(3): 241-250.

(收稿日期:2016-11-18)